

## TRIAGE DIGITAL EN SALUD MENTAL ADOLESCENTE: HACIA UNA ARQUITECTURA DE CUIDADO SITUADA EN LA ESCUELA

---

Pia Maestri\*

**Title:** *Digital triage in adolescent mental health: Toward a situated architecture of care in schools*

**Abstract:** This article analyzes the use of digital triage as a preventive tool for adolescent mental health in school contexts. Based on a qualitative-exploratory approach developed within the framework of the Resilient Minds United (RMU) program in secondary schools in Argentina, and in connection with educational institutions in the United States, the study explores the institutional conditions that enable—or hinder—early interventions in response to psychological distress. It starts from a critical hypothesis: a significant portion of adolescent emotional suffering remains in a “gray zone,” unacknowledged by schools and not yet referred to the healthcare system, often resulting in exclusionary or disciplinary responses. In this scenario, a situated preventive strategy is proposed, grounded in the SURE™ model (Screening, Understanding, Referral, Evaluation), which integrates digital tools with school-based practices of observation, listening, and accompaniment. The article warns against the risks of early medicalization, algorithmic classification, and technocratic implementations of mental health approaches in schools. From a clinical and institutional perspective, it argues that the value of digital triage lies not in its classificatory function, but in its capacity to generate questions, reorganize relational dynamics, and enable new forms of intervention in the face of adolescent suffering. The article contributes to current debates on mental health, prevention, and institutional transformation.

**Keywords:** adolescent mental health; digital triage; school institutions; preventive intervention; collective care; early detection.

**Resumen:** Este artículo analiza el uso del triage digital como herramienta preventiva en salud mental adolescente, en contextos escolares. A partir de un enfoque cualitativo-exploratorio, desarrollado en el marco del programa Resilient Minds United (RMU) en escuelas secundarias de Argentina y en procesos de vinculación con instituciones educativas de Estados Unidos, se indagan las condiciones institucionales que hacen posible —o bloquean— intervenciones tempranas frente al malestar psíquico. Se parte de una hipótesis crítica: gran parte del sufrimiento emocional adolescente permanece en una “zona gris”, sin encuadre ni alojamiento adecuado, lo que puede derivar en respuestas expulsivas o disciplinarias. En este escenario, se propone una estrategia preventiva situada, basada en el modelo SURE™ (Screening, Understanding, Referral, Evaluation), que articula el uso de herramientas digitales con prácticas institucionales de lectura, escucha y acompañamiento. El texto alerta sobre los riesgos de la medicalización

\* Pia Maestri

ORCID ID: 0009-0003-9705-9593

Fundación Casa Eninsa - Salud Integral e Inclusiva

Email: licmaestri@gmail.com

*precoz, la clasificación algorítmica y la implementación tecnocrática de dispositivos de salud mental en la escuela. Desde un enfoque clínico e institucional, se sostiene que el valor del triage digital reside no en su capacidad clasificatoria, sino en su potencia para abrir preguntas, reorganizar vínculos y habilitar nuevas formas de intervención ante el malestar adolescente. El artículo se inscribe en los debates actuales sobre salud mental, prevención y transformación institucional.*

**Palabras clave:** salud mental adolescente; triage digital; instituciones escolares; intervención preventiva; cuidado colectivo; detección temprana.

## Introducción

En las últimas décadas, el cuidado y la asistencia han dejado de pensarse como prácticas privadas, neutras o esencialmente femeninas, para ser reconocidas como construcciones sociales atravesadas por relaciones de poder, disputas normativas y dinámicas institucionales complejas (Tronto, 1993; Fassin, 2012). Desde una perspectiva socio-antropológica, ambas categorías deben ser comprendidas no sólo como respuestas morales ante la vulnerabilidad, sino como formas de gobierno que producen subjetividades, jerarquías y territorios del cuidado (Santos, 2009). Esta reconceptualización crítica ha permitido desplazar el foco desde lo individual hacia lo estructural, interrogando las condiciones en que se define qué vidas merecen ser cuidadas, quiénes cargan con esa tarea y bajo qué lógicas se organiza la asistencia. En este marco, la escuela emerge como un escenario clave donde se cruzan, se tensan y se negocian estas dimensiones, especialmente frente al sufrimiento psíquico en el adolescente. Desde esta lente, este artículo propone una reflexión situada sobre los desafíos institucionales para alojar dicho malestar, explorando el *triage* digital como una herramienta que, lejos de ser neutral, se

inscribe en disputas ético-políticas en torno al cuidado contemporáneo.

Se propone una reflexión no solo situada, sino además propositiva, sobre las dificultades que atraviesan las instituciones escolares a la hora de reconocer, nombrar y acompañar el sufrimiento psíquico adolescente, en un contexto atravesado por transformaciones sociales, educativas y subjetivas. A partir del análisis de experiencias clínicas, comunitarias e institucionales, el texto discute las posibilidades y los límites del *triage* digital como herramienta preventiva, no como técnica neutra, sino como práctica situada que puede contribuir a instalar otras formas de cuidado subjetivo y colectivo dentro del entramado escolar. El objetivo no es ofrecer soluciones estandarizadas, sino abrir preguntas sobre cómo diseñar estrategias sensibles, éticas y contextualizadas que reconozcan la complejidad de lo adolescente, y que permitan intervenir sin reducir, escuchar sin clasificar y cuidar sin expulsar.

En los últimos años, diversas investigaciones y reportes de organismos internacionales han advertido un aumento sostenido del malestar emocional en la adolescencia (OMS, 2021; UNICEF, 2021). Este fenómeno no puede entenderse de

forma aislada, sino en estrecha relación con las transformaciones sociales, económicas, culturales y tecnológicas que atraviesan los contextos contemporáneos (Dubet, 2006; Tisseron, 2010). El impacto de la pandemia de COVID-19, la creciente precarización de las condiciones de vida, el debilitamiento de redes comunitarias, las exigencias del rendimiento escolar y la exposición constante a modelos ideales en redes sociales configuran un escenario de alta complejidad subjetiva.

La adolescencia, como etapa de tránsito subjetivo, de reconfiguración identitaria y de búsqueda de sentido, se ve especialmente atravesada por tensiones que no siempre encuentran un lugar de procesamiento en las instituciones escolares. Tal como señala Kornblit (2005), muchas veces las respuestas del sistema educativo frente al malestar adolescente se activan únicamente en situaciones de emergencia, cuando los síntomas ya se han vuelto visibles o disruptivos. Esto deja a un número significativo de jóvenes en una zona gris: ni suficientemente alojados por la escuela, ni aún ‘derivables’ al sistema de salud. En ese entrecruce, el malestar tiende a cronificarse, a quedar silenciado o a expresarse en formas que suelen ser leídas desde lógicas disciplinarias antes que como pedidos de ayuda (Abramowski, 2009). En esta línea, Rodulfo (2008) advierte que los síntomas no deben abordarse únicamente como indicadores patológicos, sino como intentos del sujeto de inscribirse en una trama de sentido. Lejos de patologizar de forma precoz, esto requiere dispositivos escolares que permitan alojar el sufrimiento adolescente como forma legítima de expresión subjetiva, no como una disruptión a normalizar o castigar.

La urgencia de generar dispositivos de escucha y detección temprana se vuelve ineludible. En este escenario, resulta fundamental repensar estrategias de prevención y cuidado que puedan integrarse al entramado institucional escolar, sin patologizar la adolescencia ni medicalizar la vida cotidiana, sino abriendo canales de detección, acompañamiento y orientación accesibles y culturalmente adecuados. El ámbito escolar ocupa un lugar estratégico en la vida de los y las adolescentes: es uno de los pocos espacios donde transcurren cotidianamente, se vinculan con pares y adultos, y donde pueden manifestarse tempranamente signos de malestar psíquico. Sin embargo, las instituciones educativas no siempre cuentan con los recursos, la formación o los dispositivos necesarios para responder de forma adecuada a estas manifestaciones. En muchos casos, el sufrimiento emocional es interpretado como falta de voluntad, rebeldía o desinterés, lo que contribuye a su invisibilización o estigmatización. Tal como plantean Krmpotic y Barrón (2021), resignificar las intervenciones en salud mental requiere superar la lógica exclusiva del riesgo individual e incorporar categorías como trauma social, creencias y proyecto vital, que permiten leer el malestar adolescente no como un fenómeno aislado, sino como una experiencia entramada en condiciones históricas, comunitarias y vinculares. Esta perspectiva resulta especialmente relevante al pensar el *triage* digital no como una herramienta de clasificación diagnóstica, sino como un dispositivo preliminar de escucha capaz de abrir preguntas institucionales, alojar significatividades y habilitar intervenciones situadas.

Desde esta mirada, incorporar estrategias preventivas implica ampliar la respuesta más allá de la emergencia clínica, habilitando modos de escucha, observación y acción temprana que se integren al quehacer institucional sin sobrecargarlo. Se trata de instalar una lógica de cuidado que no dependa exclusivamente de la aparición del “caso”, sino que favorezca entornos escolares sensibles al sufrimiento adolescente y capaces de articular con otros actores del sistema de salud y familiar, anticipándose a la agudización del malestar.

Pensar la prevención en salud mental desde la escuela no significa trasladar funciones médicas al espacio educativo, sino habilitar formas de lectura, de alerta y de intervención oportuna que puedan, en muchos casos, evitar la agudización del malestar o su canalización por vías que profundicen la exclusión. En este sentido, las herramientas de *triage* digital aparecen como una oportunidad concreta para fortalecer las capacidades institucionales, siempre que sean contextualizadas, éticamente sostenidas y orientadas al acompañamiento, más que al diagnóstico precoz. Este artículo se propone reflexionar sobre el *triage* digital como una herramienta potencial para la detección temprana del malestar emocional en adolescentes en el ámbito escolar. Por *triage* digital se entiende un proceso sistemático, mediado por herramientas tecnológicas, que permite identificar de forma temprana indicadores de sufrimiento psíquico en una población determinada, con el fin de orientar oportunamente las decisiones de cuidado. Generalmente se basa en el uso de instrumentos breves y estandarizados —como

cuestionarios de salud mental— administrados a través de plataformas digitales. Estas herramientas pueden completarse desde un celular o una computadora en pocos minutos, y permiten relevar, de forma confidencial y respetuosa, ciertos estados emocionales como ansiedad, tristeza o retraimiento, que muchas veces no son verbalizados por los y las adolescentes ni registrados por los adultos a cargo. A diferencia de una evaluación diagnóstica en sentido clínico, el *triage* digital funciona como una instancia preliminar, que no pretende emitir un diagnóstico, sino clarificar niveles de riesgo o necesidad de atención. Su finalidad es facilitar la priorización de intervenciones, anticiparse al desborde y contribuir al diseño de estrategias preventivas adaptadas al contexto escolar.

### Aproximaciones conceptuales al *triage* digital

En la literatura internacional, el *triage* digital se describe como un proceso de valoración preliminar, mediado por tecnología, que permite priorizar niveles de urgencia y orientar circuitos de atención de manera remota (NHS England, 2021; Hollis et al., 2017). A diferencia de una evaluación diagnóstica, su función es orientativa: se apoya en cuestionarios breves y validados que identifican señales tempranas de riesgo y facilitan la toma de decisiones (Richardson et al., 2010; Knight et al., 2002). En el ámbito de la salud mental adolescente, cumple un doble papel: por un lado, amplía el acceso a instancias de detección menos estigmatizantes y más accesibles (Goodman, 1997; Luxton et al., 2011); y por otro, contribuye a priorizar intervenciones

en contextos de alta demanda, garantizando que los casos más urgentes reciban atención temprana (Spitzer et al., 2006; NIMH, 2018). Diversos reportes coinciden en que su valor no reside únicamente en la exactitud clasificatoria, sino en su capacidad de articularse con dispositivos institucionales de cuidado, evitando usos tecnocráticos y reforzando su función preventiva y comunitaria (Borsa et al., 2012; Churruca et al., 2023).

Históricamente, el concepto de *triage* surge en el ámbito hospitalario de emergencias, como un procedimiento destinado a clasificar rápidamente a los pacientes según la gravedad de su condición y organizar prioridades en situaciones de alta demanda (Gilboy et al., 2012). Esta lógica fue posteriormente resignificada en el campo de la salud mental, desplazando el énfasis de la urgencia médica hacia la detección precoz de malestares emocionales y la orientación oportuna de los circuitos de cuidado. El *triage* digital constituye la evolución de aquel modelo clásico: mediante plataformas tecnológicas y herramientas breves busca anticipar riesgos y activar intervenciones preventivas. Las revisiones sistemáticas sostienen que esta adaptación amplía el acceso, reduce barreras y mejora la eficiencia en la priorización, especialmente en poblaciones adolescentes (Hollis et al., 2017).

En la práctica, el *triage* digital suele implementarse mediante cuestionarios breves, estandarizados y validados, administrados en plataformas digitales accesibles y confidenciales. Estos instrumentos no tienen por finalidad emitir un diagnóstico, sino ofrecer indicios tempranos que orienten intervenciones preventivas. Ejemplos representativos son el PHQ-A (para síntomas depresivos en adolescentes) y el ASQ (para la detección

de riesgo suicida), que han mostrado eficacia en contextos educativos y comunitarios. Lo relevante no es la herramienta específica utilizada, sino su capacidad de integrarse en sistemas dinámicos que combinen la recolección periódica de datos, la clasificación preliminar del riesgo y la articulación con protocolos institucionales de acompañamiento. Algunos modelos incluyen algoritmos de priorización que expresan los niveles de riesgo mediante códigos simples (como el esquema de semáforo: rojo, ámbar, verde), lo que facilita la toma de decisiones y la derivación proporcional a la urgencia (NHS England, 2021). Otros incorporan el monitoreo longitudinal, que permite registrar variaciones significativas a lo largo del tiempo y ofrece una mirada más prosocial del malestar adolescente. En años recientes, también se han explorado desarrollos basados en inteligencia artificial y aprendizaje automático, capaces de detectar patrones complejos a partir de grandes volúmenes de datos; sin embargo, la literatura advierte sobre los riesgos de sesgos y de opacidad algorítmica, lo que exige una evaluación crítica de su implementación (Crawford, 2021; Jobin et al., 2019).

En términos comparativos, mientras que en Europa y Estados Unidos el *triage* digital se ha consolidado como parte de las denominadas *digital front doors* —puertas digitales de acceso que filtran y orientan la demanda antes del contacto presencial— (NHS England, 2021; NICE, 2019), en América Latina su aplicación permanece en fases piloto y enfrenta importantes desafíos de adaptación transcultural. Estos incluyen la necesidad de considerar los marcos educativos y socioculturales propios de la región, a fin de

garantizar su pertinencia y legitimidad (Borsa et al., 2012).

En suma, el *triage* digital puede entenderse como un recurso preliminar de escucha y orientación, cuya eficacia no depende únicamente de la calidad técnica de los instrumentos, sino de su integración en un entramado institucional de cuidado continuo, sensible y situado.

### **Desafíos institucionales en el reconocimiento del malestar adolescente: del silenciamiento a la escucha activa**

La escuela, en tanto institución atravesada por múltiples demandas pedagógicas, administrativas y sociales, enfrenta serias dificultades para identificar tempranamente el sufrimiento psíquico en la adolescencia. Si bien se trata de un espacio privilegiado de observación cotidiana, los signos del malestar emocional no siempre se presentan de manera evidente ni se ajustan a patrones clínicos clásicos. Con frecuencia, se manifiestan a través de cambios en el rendimiento académico, conductas disruptivas, retraimiento, conflictos interpersonales o desinterés generalizado, expresiones que pueden leerse fácilmente como desobediencia, falta de motivación o “problemas de conducta” (Fernández, 2005). Este tipo de interpretaciones, ancladas muchas veces en perspectivas normativas o disciplinarias, tiende a desestimar la dimensión subjetiva de lo que está en juego. Cuando las instituciones no cuentan con recursos para alojar la palabra, el síntoma aparece como única forma posible de inscripción (Abramowski, 2009). A ello se suma el miedo a estigmatizar, la escasez de formación específica en salud mental y la falta de

articulación con equipos especializados, lo que deja a docentes, preceptores y directivos solos frente a situaciones complejas, sin herramientas claras para actuar. En contextos de alta vulnerabilidad social, estas dificultades se intensifican. Las escuelas son interpeladas por demandas sociales que exceden su función pedagógica, pero sin que ello se acompañe de un fortalecimiento institucional real (Dubet, 2006). La sobrecarga laboral, la rotación frecuente del personal y la presencia constante de urgencias pueden hacer que el malestar psíquico se vuelva parte del paisaje, sin ser nombrado ni atendido. En estos escenarios, el sufrimiento adolescente suele quedar invisibilizado hasta que irrumpre con fuerza, lo que consolida una lógica de intervención tardía (UNICEF, 2021).

Como resultado, muchos adolescentes transitan largos períodos sin que su sufrimiento sea nombrado, visibilizado o abordado, y solo logran ser escuchados cuando su malestar se vuelve sintomático de manera explosiva o autolesiva. En numerosos entornos escolares, el sufrimiento psíquico adolescente solo adquiere legibilidad institucional cuando se expresa de forma desbordada, disruptiva o peligrosa: crisis emocionales, estallidos de violencia, fugas, intentos de suicidio o conductas autolíticas. Estos episodios, lejos de ser puntos de partida, se convierten en el umbral a partir del cual se habilita el ingreso al circuito de atención. De este modo, se refuerza una lógica de intervención reactiva, centrada en la urgencia, que facilita la derivación a sistemas de salud o protección, pero cuando la situación ya ha escalado a niveles críticos (UNICEF, 2021). Este panorama evidencia un límite

estructural: la ausencia de dispositivos intermedios entre el funcionamiento cotidiano y la crisis. La falta de herramientas que permitan captar signos incipientes de malestar genera un vacío institucional, donde el síntoma solo se vuelve visible cuando irrumpre con fuerza. El mensaje implícito que muchas veces recibe la adolescencia es que solo será escuchada si “algo grave sucede”, lo que contribuye a consolidar una cultura de silencio, desconfianza y aislamiento subjetivo (Fernández, 2005; Abramowski, 2009).

En este marco, distintos estudios señalan que las estrategias preventivas en el ámbito escolar resultan más efectivas cuando no se reducen a respuestas excepcionales, sino que se insertan en la vida cotidiana de la institución. Weare y Nind (2011) subrayan que los programas de salud mental logran mayor impacto cuando se integran en la cultura educativa, involucrando activamente a docentes, estudiantes y familias. En la misma línea, Kutcher et al. (2016) introducen el concepto de *school mental health literacy*, que refiere a la necesidad de que las escuelas cuenten con competencias específicas para identificar, comprender y responder a las dificultades emocionales de los y las adolescentes. Complementariamente, Herman et al. (2020) destacan que el tamizaje universal —es decir, la aplicación sistemática de instrumentos de detección a todos los estudiantes, incluyendo modalidades digitales— permite visibilizar necesidades ocultas, siempre y cuando existan recursos institucionales y protocolos claros de acompañamiento.

Frente a este panorama, se vuelve imprescindible desarrollar estrategias institucionales

capaces de afinar la escucha, anticiparse al desborde y promover una cultura del cuidado. En esta línea, la instalación de dispositivos de detección precoz, como el *triage* digital, puede aportar una herramienta orientadora que permita visibilizar formas más sutiles y cotidianas del sufrimiento psíquico. Estas tecnologías no buscan reemplazar la escucha clínica o pedagógica, sino complementarlas mediante indicadores tempranos que colaboren en la activación de intervenciones preventivas. Integrados desde una perspectiva ética y situada, los entornos digitales pueden habilitar formas de participación menos invasivas y más accesibles para adolescentes que, de otro modo, no manifestarían explícitamente su malestar (Hollis et al., 2017). En este marco, el *triage* digital se concibe como un recurso complementario dentro de una estrategia institucional más amplia: su implementación, articulada con equipos escolares y redes comunitarias, permite visibilizar ese “malestar intermedio” que suele quedar desdibujado en las dinámicas escolares. Lejos de constituirse en un simple mecanismo de clasificación, su potencia radica en ofrecer indicios que orienten intervenciones progresivas, contextualizadas y respetuosas de la singularidad. Para que estas herramientas sean efectivas y sostenibles desde el punto de vista ético, resulta indispensable anclarlas en su contexto: considerar las condiciones socioculturales de la población adolescente, las posibilidades reales de respuesta institucional, y garantizar marcos de derecho que aseguren su uso como tecnología de cuidado y no como dispositivo de control.

## **El *triage* digital como punto de partida para intervenciones preventivas en salud mental adolescente**

Desde una lectura que articula lo subjetivo con lo estructural, Krmpotic y Barrón (2021) advierten que la atención al sufrimiento adolescente no puede limitarse a estrategias técnicas desancladas del entramado social. Al contrario, exigen comprender cómo las condiciones de vida, las experiencias de desamparo y la fragilidad institucional inciden en la construcción de sentido del malestar. En este sentido, el *triage* digital, lejos de ser una solución neutral, debe inscribirse en una ética del cuidado que reconozca la complejidad de los contextos y habilite intervenciones sensibles a las tramas comunitarias en las que ese sufrimiento se produce. Este marco resulta especialmente pertinente al considerar que, en el contexto actual de las estrategias de prevención en salud mental adolescente, el *triage* digital se ha consolidado como una herramienta de creciente uso, particularmente en entornos escolares. Su implementación suele apoyarse en el uso de escalas estandarizadas de autoinforme, administradas de forma digital, que permiten relevar de manera rápida, confidencial y escalable diversos indicadores de malestar psíquico. Sin embargo, su eficacia y legitimidad no radican únicamente en la tecnología utilizada, sino en el modo en que estos instrumentos se articulan con dispositivos institucionales capaces de darles sentido, de leerlos críticamente y de traducirlos en acciones de cuidado sostenido.

Entre las herramientas más difundidas a nivel internacional se encuentran la *PHQ-A* (*Patient Health Questionnaire – Adolescent*

*version*), validada por Richardson et al. (2010), para la detección de síntomas depresivos; la *GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder)*, originalmente desarrollada por Spitzer et al. (2006), para evaluar ansiedad generalizada; y el *CRAFFT*, propuesto por Knight et al. (2002), para identificar consumos problemáticos en la adolescencia. Estas escalas presentan la ventaja de ser breves, de acceso abierto y validadas empíricamente. A ellas se suman el *SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire)*, desarrollado por Goodman (1997), que permite una evaluación más integral, incluyendo dimensiones prosociales y relaciones; y el *ASQ (Ask Suicide-Screening Questions)*, impulsado por el National Institute of Mental Health y centrado en la detección rápida del riesgo suicida. Estas herramientas han demostrado su utilidad en múltiples estudios (Hollis et al., 2017), especialmente cuando se integran en estrategias institucionales amplias que van más allá de la derivación clínica. No obstante, su aplicación directa en contextos escolares latinoamericanos exige una revisión crítica. La traducción literal de escalas desarrolladas en otros países no garantiza su validez clínica ni su pertinencia subjetiva. Tal como sostienen Borsa et al (2012), la adaptación transcultural no debe limitarse al plano lingüístico, sino que debe considerar los marcos socioculturales, los sentidos locales del malestar, y las prácticas escolares en las que se insertan. De lo contrario, existe el riesgo de reproducir lecturas descontextualizadas, medicalizar expresiones normativas del desarrollo o reforzar lógicas de exclusión bajo el lenguaje del cuidado. La contextualización, por tanto, no constituye un paso técnico sino una

exigencia ética. Los modos de nombrar la tristeza, la angustia o la ansiedad varían según las matrices culturales, las condiciones materiales y las formas de socialización propias de cada territorio. A su vez, factores como el acceso desigual a la tecnología, el nivel de alfabetización lectora y emocional, o la familiaridad con los formatos digitales, inciden directamente en la forma en que los y las adolescentes responden a estos instrumentos. En este sentido, la construcción del síntoma se encuentra atravesada por coordenadas sociales específicas (Abramowski, 2009), y cualquier herramienta de lectura debe ser sensible a estas condiciones para evitar reducciones normativas o clasificaciones estigmatizantes.

El *triage* digital también debe entenderse como parte de estrategias institucionales más amplias de cuidado. Su impacto se potencia cuando forma parte de esquemas de tamizaje universal en las escuelas, con protocolos claros de seguimiento y articulación con otros actores institucionales (Connors et al., 2015). Asimismo, fortalecer la alfabetización en salud mental de la comunidad educativa constituye un prerequisito para que estas herramientas no se conviertan en meros dispositivos clasificatorios (Jorm, 2012; Kutcher et al., 2016). De ahí que cada vez más políticas públicas tiendan a considerar el tamizaje universal como parte de un ecosistema escolar integral de cuidado, que combine tecnología con protocolos éticos, formación docente y capacidad real de respuesta. En esta línea, iniciativas recientes subrayan que la sostenibilidad de estos programas depende de su integración comunitaria y de una implementación gradual, participativa y culturalmente sensible

(California Behavioral Health Commission, 2025, Draft Report).

Por ello, la implementación del *triage* digital en la escuela requiere una trama institucional que lo sostenga: formación docente para la lectura situada de los datos, protocolos éticos que resguarden la confidencialidad y eviten la estigmatización, y una participación activa de los y las estudiantes basada en el consentimiento informado. No se trata simplemente de aplicar escalas, sino de interrogarlas colectivamente, de co-construir su sentido en diálogo con las comunidades escolares, y de inscribirlas en políticas de salud mental que prioricen el cuidado subjetivo. Desde esta mirada, el *triage* digital puede convertirse en una herramienta valiosa dentro de una arquitectura de cuidado más amplia, siempre que se lo comprenda no como un fin en sí mismo, sino como una instancia preliminar de escucha, anticipación y acompañamiento institucional. Como plantean Hollis et al. (2017), cualquier intervención digital en salud mental debe desarrollarse junto con las comunidades a las que se dirige, evitando imponer lógicas diagnósticas ajenas a sus realidades. Solo así el *triage* podrá habilitar nuevas formas de leer y cuidar el malestar adolescente, sin reproducir los silencios, las exclusiones ni las violencias simbólicas que muchas veces lo rodean.

### **Del *triage* digital al cuidado institucional: una estrategia metodológica**

A partir de más de una década de trabajo clínico, institucional y comunitario con adolescentes, se inició un proceso de sistematización metodológica orientado a pensar estrategias

preventivas en salud mental sensibles al entramado escolar y capaces de anticipar situaciones de sufrimiento antes de que se tornen en crisis. Esta experiencia, aún en construcción, permitió identificar vacíos estructurales en las respuestas institucionales, en particular la falta de dispositivos intermedios que habiliten una lectura preventiva del malestar adolescente, sin depender exclusivamente del diagnóstico clínico ni de la urgencia asistencial.

En este recorrido, se configura Resilient Minds United (RMU) como una propuesta programática integral orientada a la prevención de la salud mental en adolescentes. Lejos de constituir una intervención cerrada o tecnocrática, *RMU* se plantea como una plataforma flexible en construcción que articula herramientas tecnológicas, la formación de equipos escolares, estrategias de alfabetización emocional y el fortalecimiento de redes comunitarias. Su propósito es acompañar a las instituciones educativas en el desarrollo de capacidades para leer, alojar y actuar frente al sufrimiento adolescente, desde una lógica ética, situada y co-responsable. El núcleo metodológico de *RMU* es el modelo *SURE™*—acrónimo de *Screening, Understanding, Referral, Evaluation*—, concebido como una arquitectura de intervención que no opera de forma lineal ni protocolar, sino de manera procesual, contextualizada y ajustada a cada realidad institucional. Este modelo organiza el abordaje preventivo en cuatro dimensiones complementarias: la detección inicial de señales tempranas de malestar; la comprensión situada de esos datos en diálogo con los actores escolares; la activación articulada de circuitos de acompañamiento y derivación; y

la evaluación continua de los efectos subjetivos e institucionales del proceso. Más que una herramienta técnica, *SURE™* propone una orientación para que las escuelas puedan activar intervenciones preventivas sin caer en automatismos, estigmatizaciones ni respuestas exclusivamente individuales. El circuito comienza con la aplicación de instrumentos digitales breves y accesibles que permiten relevar señales tempranas de malestar, pero su potencia no reside en la medición, sino en cómo esos datos se interpretan en diálogo con los actores escolares, integrando saberes clínicos, pedagógicos y territoriales. A partir de esa lectura situada, se definen posibles circuitos de acompañamiento, dentro o fuera de la escuela, que no se limitan a la derivación, sino que contemplan trayectorias progresivas y sensibles a las condiciones del entorno. Este proceso se sustenta en una evaluación continua de sus efectos institucionales y subjetivos, más allá de los indicadores clínicos tradicionales. Actualmente, esta propuesta avanza en dos escenarios simultáneos: en Mar del Plata (Buenos Aires, Argentina), mediante pruebas piloto con escuelas de nivel secundario que han permitido recoger hallazgos cualitativos significativos; y en el Condado de Miami-Dade (Florida, Estados Unidos), mediante procesos de vinculación con organismos públicos y privados interesados en explorar adaptaciones interculturales. Si bien el trabajo se encuentra aún en una fase preliminar y no se dispone de datos sistematizados, los primeros intercambios con equipos técnicos escolares han permitido identificar patrones reiterados de malestar subjetivo que, si bien no siempre se manifiestan como síntomas clínicos, configuran

experiencias persistentes de desconexión emocional, desmotivación o retraimiento. A ello se suma la percepción compartida de una notable fragilidad institucional para abordar estos signos: escasez de recursos, sobrecarga laboral y ausencia de protocolos de actuación claros. En este contexto, también emergió una disposición favorable al uso de herramientas preventivas accesibles, no como soluciones tecnológicas en sí mismas, sino como soportes que puedan ampliar la escucha, generar indicios legibles y distribuir la responsabilidad del cuidado. Estas observaciones, surgidas de talleres exploratorios, espacios de reflexión colectiva y entrevistas cualitativas, refuerzan la hipótesis de que el valor del *triage* digital no reside en su capacidad de clasificar, sino en su potencia para inaugurar conversaciones institucionales, sensibilizar sobre el malestar y habilitar intervenciones sostenidas (1).

Leído desde esta perspectiva, el modelo *SURE™* funciona como la columna vertebral de una propuesta más amplia —*RMU*— que no solo integra tecnología como recurso operativo, sino que la inscribe en una arquitectura institucional sensible a las condiciones locales. Más que un conjunto de protocolos, se propone como una plataforma ética de cuidado compartido que busca acompañar el sufrimiento adolescente antes de que se transforme en urgencia y reconoce en la escuela un espacio posible de intervención relacional, pedagógica y comunitaria. El *triage* digital, en este marco, es una de las herramientas que *RMU* pone en juego para favorecer la detección precoz del malestar. No se trata de un fin en sí mismo, sino de un componente inicial que permite abrir la conversación institucional sobre

lo que aparece, incluso antes de que se convierta en un síntoma disruptivo. El programa propone adaptar y contextualizar escalas validadas internacionalmente —como el *PHQ-A*, el *SDQ*, el *GAD-7* o el *CRAFFT*—, reconociendo que ningún instrumento puede leerse por fuera de los territorios en los que se aplica. El modelo fue diseñado, entonces, como una infraestructura del cuidado que articula herramientas técnicas con procesos institucionales de formación, sensibilización y reflexión ética. Dentro del entramado conceptual del programa, el *triage* digital adquiere una función estratégica como dispositivo preliminar de lectura, orientación e intervención. Su inclusión no responde a una lógica tecnocrática ni busca convertirse en un procedimiento autónomo, sino que se inscribe en una matriz institucional más amplia que articula escucha temprana, co-responsabilidad institucional y políticas de prevención situada. En particular, cobra relevancia en contextos donde el malestar emocional de los y las adolescentes permanece invisibilizado o es interpretado exclusivamente en clave disciplinaria, pedagógica o conductual. El *triage* no debe ser reducido a una instancia aislada, sino comprendido como parte de un proceso más amplio de detección y derivación oportuna. Su objetivo es habilitar una primera instancia de reconocimiento sistematizado del sufrimiento subjetivo, operando como mediador entre lo que aún no puede ser nombrado y los circuitos posibles de cuidado. En este sentido, el *triage* permite generar señales de alerta que interrumpan lógicas de silenciamiento o estallido, abriendo espacios para intervenciones progresivas antes de que la emergencia se instale como única vía

de respuesta institucional. Sin embargo, para que esta función se ejerza de manera ética y eficaz, es imprescindible que esté acompañada por protocolos claros, construidos de forma participativa, que establezcan rutas de acción ajustadas a los recursos reales del territorio. Esto incluye tanto alternativas de acompañamiento interno —entrevistas de orientación, abordajes por parte de equipos técnicos escolares, articulación con actores comunitarios— como mecanismos cuidadosos y no automatizados de derivación externa. Tal como plantean las directrices de la Dirección Nacional de Salud Mental (2020), la derivación no puede asumirse como una transferencia burocrática, sino como una práctica relacional que articule tiempos, saberes y condiciones institucionales, respetando siempre los derechos y la autonomía de los y las adolescentes implicado/as.

Bajo este enfoque, el *triage* digital debe entenderse como un dispositivo de activación institucional: su potencia no radica en la clasificación de síntomas, sino en su capacidad para inaugurar procesos de cuidado colectivos, transversales y contextualizados. En tanto parte de un modelo preventivo integral, su eficacia depende no solo de su diseño técnico, sino también de su inscripción en culturas escolares sensibles, en tramas comunitarias vivas y en sistemas de salud dispuestos a construir puentes en lugar de reforzar fronteras. Así, cuando el *triage* se integra en sistemas institucionales éticos, co-responsables y reflexivos, puede constituir una pieza clave en la detección temprana del malestar adolescente, contribuyendo a una lógica de prevención activa que privilegie la escucha, la contención y la posibilidad de transformar el síntoma en palabra. Desde

una perspectiva que dialoga con los estudios del cuidado, entendemos que cuidar no es solo una práctica afectiva o asistencial, sino una actividad profundamente política y relacional, que implica decidir a quién se cuida, cómo, con qué recursos y bajo qué condiciones (Tronto, 1993; Fisher and Tronto, 1990). Esta mirada nos permite complejizar el uso de tecnologías como el *triage* digital, desplazándolo de su dimensión puramente técnica para inscribirlo en una ética de la interdependencia y la responsabilidad colectiva. Lejos de concebir el cuidado como una función meramente instrumental, este enfoque recupera las advertencias de Segato (2013) respecto de cómo ciertos dispositivos institucionales pueden, bajo apariencias protectoras, reproducir lógicas de disciplinamiento o exclusión. En este sentido, la noción de cuidado que orienta este trabajo se aleja de los enfoques domesticados o despolitizados, y se articula con una comprensión situada y estructural de las desigualdades que atraviesan el sufrimiento adolescente en la escuela. Cuidar, entonces, no es solo contener o asistir, sino crear condiciones para alojar lo que no se dice, redistribuir tiempo institucional, abrir preguntas y sostener vínculos en territorios muchas veces fracturados.

Al mismo tiempo, es necesario reconocer que todo dispositivo de cuidado se inserta en marcos de desigualdad que condicionan su alcance. Tal como ha mostrado Marmot (2010), la salud se encuentra profundamente atravesada por determinantes sociales que no pueden ser desatendidos en el diseño de herramientas digitales. En el caso de adolescentes, investigaciones como las de Radovic et al. (2016) enfatizan que las tecnologías de salud mental solo adquieren legitimidad

cuando son co-construidas con las y los jóvenes, evitando formatos impuestos que corran el riesgo de ser vividos como mecanismos de control más que de apoyo. Desde esta perspectiva, el *triage* digital no puede reducirse a un recurso técnico, sino que debe formar parte de una arquitectura de cuidado democrático (Tronto, 2013), sensible tanto a las condiciones estructurales como a las voces de quienes buscan acompañar.

### Tensiones, límites y desafíos ético-políticos

Si bien el eje del cuidado ha estructurado el abordaje teórico y metodológico propuesto a lo largo del texto, en tanto práctica que resignifica las intervenciones institucionales frente al malestar psíquico, resulta necesario ponerlo en diálogo con las tradiciones vinculadas a la asistencia social, especialmente en su dimensión como política pública. Las prácticas de asistencia, históricamente asociadas al auxilio ante la urgencia o a la compensación de carencias, han tendido a configurar una relación vertical entre quien asiste y quien es asistido, muchas veces bajo formas tuteladas o normativas. En contraste, el enfoque preventivo de cuidado que aquí se propone busca correrse de esa lógica, promoviendo una mirada relacional, anticipatoria y situada, que no parte de la emergencia sino de la escucha institucional y del reconocimiento de señales tempranas. Sin embargo, ambas nociones —cuidado y asistencia— se cruzan en el terreno de las instituciones escolares, donde los límites entre acompañar, contener, derivar o controlar no siempre están claramente definidos. Reconocer esta tensión implica no desestimar la dimensión asistencial, sino resignificarla: pensar

la asistencia no como acto puntual de respuesta, sino como parte de una trama continua de vínculos, saberes y responsabilidades compartidas. Desde esta perspectiva, el *triage* digital podría pensarse también como una herramienta que redefine las fronteras entre asistencia y cuidado, al permitir visibilizar el sufrimiento antes de que se vuelva urgencia, y activar intervenciones que no se reduzcan a la administración de casos, sino que habiliten espacios de cuidado sostenido.

La incorporación de herramientas de *triage* digital en el ámbito escolar, aunque prometedora como estrategia de prevención, no está exenta de tensiones y riesgos ético-políticos que deben ser cuidadosamente considerados. Uno de los principales peligros es el de consolidar formas encubiertas de medicalización del malestar adolescente, especialmente cuando los instrumentos se aplican sin una lectura crítica del contexto y sin estrategias de acompañamiento situadas. El *triage*, por su diseño y funcionalidad, tiende a clasificar y nombrar. Si se lo utiliza de manera aislada o desanclada de los procesos institucionales y comunitarios, puede favorecer lógicas de control, reforzando la idea de que toda expresión de sufrimiento debe ser inmediatamente categorizada, intervenida o derivada. Esto puede traducirse en respuestas automatizadas, protocolos rígidos o incluso en la construcción de nuevas formas de estigmatización que, lejos de habilitar el cuidado, profundizan el silenciamiento.

A su vez, el riesgo no es solo clínico sino también político: la lectura del malestar adolescente en términos exclusivamente sintomáticos puede desconocer las condiciones estructurales que lo producen —precariedad, violencia,

discriminación, desarraigó— y desplazar la discusión del plano social al plano individual. Cuando las instituciones no cuentan con tiempo ni recursos para alojar la palabra, el síntoma aparece como única forma posible de inscripción, y el tratamiento como única salida (Abramowski, 2009). Por eso, más que un instrumento neutro, el *triage* digital debe ser pensado como una tecnología social, cuyo uso implica siempre una toma de posición: ¿para qué se implementa? ¿quién lo interpreta? ¿qué se hace con lo que revela? La clave no está en rechazar la herramienta, sino en inscribirse en una lógica de cuidado ético, donde su función sea abrir preguntas, no cerrarlas; habilitar procesos, no interrumpirlos. En ese sentido, su potencia no depende tanto de su precisión técnica, sino de su inserción en una cultura institucional que asuma el cuidado como una práctica colectiva, política y situada. Solo así el *triage* podrá ser más que un filtro y convertirse en una puerta: a la escucha, al vínculo, a la transformación.

En el contexto actual, donde las tecnologías digitales son cada vez más utilizadas para clasificar, predecir o intervenir en la salud mental, se vuelve crucial analizar los sistemas algorítmicos que procesan esta información. Investigaciones recientes han mostrado que muchas de estas herramientas operan como “cajas negras”, es decir, dispositivos cuyas lógicas internas no son del todo transparentes ni para los usuarios ni para quienes las diseñan (Crawford, 2021; Jobin et al., 2019). Esta opacidad tecnológica genera problemas tanto para la confianza institucional como para la rendición de cuentas, especialmente cuando se toman decisiones sensibles —como

la identificación de riesgo emocional— sin que sea posible explicar con claridad los criterios o umbrales que guiaron esa clasificación. En un entorno escolar, donde las prácticas de cuidado requieren estar fundadas en vínculos y decisiones situadas, el uso crítico de estas herramientas puede reproducir formas encubiertas de control emocional y silenciamiento institucional.

Estas preocupaciones se entrelazan con otras dimensiones éticas, como la protección de la privacidad y el consentimiento informado. Algunas investigaciones han evidenciado que existen aplicaciones de salud mental que recolectan y comparten datos sensibles sin una autorización clara de sus usuarios, violando principios fundamentales de confidencialidad (Luxton, et al., 2011). En las escuelas, esto adquiere una relevancia particular: el *triage* digital trabaja con información íntima sobre estados emocionales y contextos de vida, por lo que su aplicación debe contemplar no solo marcos legales, sino también prácticas institucionales que garanticen el cuidado de esos datos. La confianza en el sistema depende, en gran medida, de la garantía de que esa información no será utilizada con fines disciplinarios, ni compartida sin consentimiento, especialmente en contextos donde se superponen funciones pedagógicas, asistenciales y de regulación de la conducta. En relación con esto, la dimensión del consentimiento cobra una centralidad ineludible. Aunque el *triage* no sea un acto clínico en sentido estricto, implica la exploración de aspectos íntimos de la subjetividad. Por ello, su aplicación debe estar mediada por procesos de información claros, accesibles y culturalmente adecuados, que permitan a los y

las adolescentes —y, cuando corresponda, a sus familias— comprender el propósito, el alcance y las posibles consecuencias de participar. No basta con un formulario; se requiere una verdadera pedagogía del consentimiento, capaz de reconocer a los jóvenes como sujetos de derecho, y no como objetos de intervención pasiva. Estas situaciones ponen en evidencia la importancia de desarrollar herramientas digitales en salud mental desde una mirada crítica y responsable. Es clave que estas tecnologías prioricen la transparencia, garanticen el resguardo de la información, y respeten siempre la capacidad de decisión de los usuarios, especialmente cuando se trabaja con adolescentes o poblaciones en situación de vulnerabilidad. Uno de los principales desafíos al incorporar tecnologías como el *triage* digital en contextos escolares es evitar que su uso quede restringido a una dimensión meramente técnica o instrumental. Si bien estas herramientas ofrecen indicadores valiosos, su verdadero potencial se activa cuando se las inscribe en una lógica comunitaria del cuidado, que trascienda la clasificación de síntomas y habilite procesos colectivos de lectura, escucha y acción. Pensar el *triage* como herramienta comunitaria implica, en primer lugar, compartir la responsabilidad del cuidado entre distintos actores institucionales: docentes, equipos de orientación, directivos, estudiantes y familias. No se trata de derivar la función de detectar al software o a una escala, sino de integrar esos datos como insumos para una conversación institucional sobre qué está pasando con los/las adolescentes y cómo podemos acompañar lo que aparece. Además, el enfoque comunitario permite desindividualizar

el malestar, reconociendo que las experiencias de sufrimiento psíquico no son exclusivamente personales, sino que muchas veces expresan tensiones sociales más amplias: la desigualdad, la discriminación, la violencia estructural o el vacío simbólico de ciertos espacios escolares. En este sentido, el *triage* puede convertirse en una oportunidad para abrir nuevas formas de narrar lo que duele, si se lo pone en diálogo con los saberes y recursos del territorio.

Finalmente, una herramienta comunitaria no solo pregunta por el riesgo, sino también por los recursos disponibles para sostener lo que se detecta. Esto exige mapear, articular y fortalecer redes interinstitucionales, generando alianzas entre la escuela, los dispositivos de salud, las organizaciones sociales y las familias. El *triage*, entonces, no como cierre o destino, sino como inicio de una trama posible de cuidado compartido. Desde esta perspectiva, el desafío no es solo tecnológico, sino profundamente institucional: cómo construir una cultura escolar donde la detección del sufrimiento psíquico no implique aislamiento o expulsión, sino acompañamiento, escucha y presencia. Al pensar en la implementación del *triage* digital en contextos escolares, es imprescindible atender a una serie de condiciones estructurales y éticas que inciden directamente en su eficacia y legitimidad. Tres dimensiones resultan especialmente críticas: la desigualdad en el acceso digital, la protección de la confidencialidad y el consentimiento informado de los/las adolescentes y sus familias. En primer lugar, la brecha digital no solo refiere al acceso a dispositivos o conectividad, sino también a las competencias necesarias para interactuar con

herramientas tecnológicas de forma segura y autónoma. En muchas escuelas de alta vulnerabilidad social, el uso de plataformas digitales aún es limitado, intermitente o mediado por adultos, lo que puede comprometer la implementación efectiva y equitativa del *triage*. Si no se contemplan estas desigualdades desde el diseño, existe el riesgo de que las intervenciones preventivas terminen reproduciendo las mismas exclusiones que buscan revertir. Atender estas dimensiones no es un obstáculo para la innovación, sino una condición para su legitimidad. Solo en la medida en que se garantice acceso equitativo, cuidado ético de la información y participación voluntaria e informada, el *triage* digital podrá convertirse en una herramienta de cuidado genuino y no en un nuevo dispositivo de control sobre las adolescencias.

## Conclusiones

A lo largo de este artículo se propuso una reflexión situada sobre el potencial y los límites del *triage* digital como herramienta de cuidado preventivo en salud mental adolescente dentro del entramado escolar. Lejos de asumirlo como una solución técnica o neutral, el texto ha problematizado su inscripción institucional, su dimensión ética y sus implicancias políticas, articulando marcos conceptuales provenientes de la salud mental comunitaria, los estudios críticos sobre tecnología y las prácticas de acompañamiento subjetivo en contextos de vulnerabilidad. El *triage* digital, entendido como una tecnología de mediación sensible, puede contribuir a visibilizar formas incipientes de malestar psíquico que habitualmente no logran ser nombradas ni

alojadas en las lógicas institucionales tradicionales. Sin embargo, su eficacia y legitimidad dependen de las condiciones bajo las cuales es implementado: el modo en que se contextualiza, se interpreta y se articula con redes de cuidado reales. Su potencia no radica en clasificar, sino en habilitar procesos institucionales de lectura y escucha sostenida.

Las tensiones analizadas a lo largo del artículo —entre cuidado y asistencia, entre prevención y medicalización, entre escucha subjetiva y clasificación algorítmica— muestran que estas herramientas no operan en el vacío. Se insertan en instituciones marcadas por desigualdades estructurales, precarización de los vínculos y múltiples demandas, donde el riesgo de que se conviertan en dispositivos de control es tan real como la posibilidad de que activen formas novedosas de cuidado colectivo. En este sentido, se ha argumentado que el valor del *triage* digital no debe medirse por su precisión técnica, sino por su capacidad para inscribirse en culturas escolares que reconozcan el sufrimiento adolescente como una expresión legítima y compleja, que requiere tiempo, palabra y presencia. Esto exige, entre otras cosas, avanzar hacia una pedagogía del consentimiento, revisar críticamente los marcos éticos del uso de datos sensibles y diseñar estrategias de capacitación que no reproduzcan el aislamiento de los equipos escolares, sino que fortalezcan sus redes institucionales y comunitarias. Frente al avance de formas tecnocráticas de intervención y a la consolidación de modelos de asistencia centrados en la urgencia o en la gestión de casos, resulta urgente imaginar políticas de cuidado que sean sostenibles,

dialógicas y territorialmente situadas. El *triage* digital puede ser parte de esa arquitectura si se lo inscribe en una lógica de co-construcción, donde la tecnología esté al servicio de prácticas que no estandaricen la diferencia, sino que la escuchen. En última instancia, el desafío no es solo técnico ni metodológico, sino político y ético: se trata de construir instituciones capaces de alojar la complejidad del sufrimiento adolescente sin expulsarla, medicalizarla o reducirla. Esto implica, tal como lo proponen los estudios contemporáneos del cuidado, sostener una mirada crítica sobre las formas en que se definen, distribuyen y ejercen las prácticas de atención, asistencia y acompañamiento, entendiendo que toda intervención es también una toma de posición, porque aunque todas las vidas son igualmente dignas de cuidado, en la práctica institucional se producen jerarquías que revelan decisiones —conscientes o no— sobre a quiénes se escucha, se cuida o se excluye.

Pensar la prevención en salud mental adolescente desde el entramado escolar exige mucho más que la incorporación de instrumentos diagnósticos tempranos. Supone una relectura crítica del modo en que las instituciones nombran, interpretan y responden al sufrimiento psíquico, especialmente en contextos de desigualdad estructural. En este marco, el *triage* digital no puede entenderse como una solución técnica ni como una herramienta neutra, sino como una tecnología social que inscribe disputas éticas, políticas y subjetivas sobre qué significa cuidar, a quién se escucha, y cómo se interviene. A lo largo del texto se argumentó que el potencial del *triage* digital no radica en su capacidad de

clasificar síntomas, sino en su posibilidad de funcionar como disparador de procesos institucionales de escucha, articulación y cuidado colectivo. Sin embargo, este potencial solo se activa cuando su implementación se inscribe en culturas escolares capaces de sostener vínculos, interpretar con sensibilidad, y construir respuestas que no reduzcan el malestar a una desviación clínica ni a un problema individual. De lo contrario, el riesgo es que el *triage* se convierta en un nuevo mecanismo de control emocional, que legitime procesos de etiquetamiento precoz y refuerce los circuitos de exclusión que ya operan en muchas escuelas.

En este sentido, se invita a pensar el *triage* como una entrada posible a una red institucional de cuidado, pensada desde una ética situada y un compromiso colectivo con el malestar adolescente. Esto requiere protocolos claros de confidencialidad y consentimiento informado, estrategias de formación docente, lectura contextualizada de los datos, y sobre todo, una pedagogía del cuidado que permita alojar el sufrimiento sin medicalizarlo ni expulsarlo. Incorporar estas herramientas sin garantizar condiciones de equidad tecnológica, resguardo subjetivo y acompañamiento profesional no solo es ineficaz, sino éticamente cuestionable. El desafío central no radica en la tecnología, sino en lo político y lo institucional: cómo promover escuelas que asuman la prevención como una responsabilidad compartida y que integren el cuidado como una dimensión transversal de su quehacer cotidiano. Esto implica salir de la lógica reactiva y avanzar hacia formas de intervención que reconozcan las tramas sociales del malestar, visibilicen lo que

suele quedar silenciado, y habiliten nuevas narrativas sobre la adolescencia, la salud mental y lo educativo.

En tiempos de creciente patologización de las infancias y juventudes, de automatización de decisiones y de delegación del vínculo en algoritmos opacos, resulta urgente recuperar el lugar de la institución como espacio ético de escucha y reconocimiento. Que el cuidado no se reduzca a un protocolo, y que la escucha no dependa de un umbral de riesgo, es una apuesta política ineludible. El *triage* digital, si es acompañado por procesos institucionales sólidos y sensibles, puede ser una puerta de entrada. Pero la llave sigue siendo colectiva.

¿Qué marcos éticos y comunitarios necesitamos imaginar hoy para que el cuidado no sea una reacción al desborde, sino una práctica fundante del lazo institucional? ¿Desde dónde acompañar, como efectores de salud, a las escuelas en la construcción de condiciones que hagan posible una escucha sostenida, una intervención no expulsiva y un cuidado que no dependa del síntoma? Quizás el desafío no sea solo responder al sufrimiento, sino crear condiciones donde pueda expresarse sin ser silenciado, etiquetado o desplazado.

## Notas

(1) En futuras etapas del programa *Resilient Minds United (RMU)*, se prevé la sistematización rigurosa de estas experiencias exploratorias, a fin de integrarlas como insumo metodológico y clínico en el diseño, ajuste y validación del sistema de *triage* digital y sus estrategias asociadas de prevención institucional.

## Bibliografía

- Abramowski, A. (2009). *Subjetividades contemporáneas y dispositivos institucionales: aportes desde la experiencia con adolescentes*. Buenos Aires: Novedades Educativas.
- Bleichmar, S. (2005). *Singularidades del lazo en la adolescencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Borsa, J.C., Damásio, B.F. and Bandeira, D.R. (2012). “Cross-cultural adaptation and validation of psychological instruments: Some considerations”. *Paideia*, 22 (53), 423–432.
- California Behavioral Health Commission. (2025). *School-Based Universal Mental Health Screening (SUMHS): Draft report*. Sacramento: California Behavioral Health Commission. Available at: [https://bhsoac.ca.gov/wp-content/uploads/SUMHS-Draft-Report\\_02272025\\_DRAFT ADA.pdf](https://bhsoac.ca.gov/wp-content/uploads/SUMHS-Draft-Report_02272025_DRAFT ADA.pdf)
- Churruca, K., Ellis, L.A., Pope, C., MacLellan, J., Zurynski, Y. y Braithwaite, J. (2023). “The place of digital triage in a complex healthcare system: an interview study with key stakeholders in Australia’s national provider”. *Digital Health*, 9, 1–11. Available at: <https://doi.org/10.1177/20552076231181201>
- Connors, E.H., Arora, P., Curtis, L., Stephan, S.H., Lyon, A.R., Becker, K.D. y Lochman, J.E. (2022). “Universal screening for behavioral and emotional risk in schools: An evidence-based approach”. *School Mental Health*, 14(3), 497–509. doi:10.1007/s12310-022-09513-3
- Crawford, K. (2021). *Atlas of AI: power, politics, and the planetary costs of artificial intelligence*. New Haven: Yale University Press.
- Dirección Nacional de Salud Mental. (2020). *Líneamientos estratégicos para el abordaje*

- integral de los consumos problemáticos en el sistema educativo.* Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud>
- Dubet, F. (2006). *El declive de la institución: profesiones, sujetos e individuos en la modernidad.* Barcelona: Gedisa.
- Fassin, D. (2012). *Humanitarian reason: a moral history of the present.* Berkeley: University of California Press.
- Fernández, A.M. (2005). *Psicoanálisis de la adolescencia: construcciones teóricas y clínicas.* Buenos Aires: Paidós.
- Fisher, B. and Tronto, J.C. (1990). ‘Toward a feminist theory of caring’, En Abel, E. and Nelson, M. (eds.) *Circles of care: work and identity in women’s lives.* Albany: SUNY Press, 35–62.
- Gilboy, N., Tanabe, P., Travers, D. and Rosenau, A.M. (2012). *Emergency Severity Index (ESI): A triage tool for emergency department care. Version 4.* Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Goodman, R. (1997). “The strengths and difficulties questionnaire: a research note”. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581–586. doi:10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x.
- Herman, K.C., Reinke, W.M., Thompson, A. and Traylor, K. (2020). “Empirically derived subtypes of school mental health screening scores: Implications for preventive interventions”. *School Psychology Review*, 49(2), 123–136. doi:10.1080/2372966X.2020.1718487
- Hollis, C., Falconer, C.J., Martin, J.L., Whittington, C., Stockton, S., Glazebrook, C. and Davies, E.B. (2017). “Annual research review: digital health interventions for children and young people with mental health problems – a systematic and meta-review”. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(4), 474–503. doi:10.1111/jcpp.12663
- Jobin, A., Ienca, M. and Vayena, E. (2019). “The global landscape of AI ethics guidelines”. *Nature Machine Intelligence*, 1(9), 389–399. doi:10.1038/s42256-019-0088-2.
- Jorm, A.F. (2012). “Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health”. *American Psychologist*, 67(3), 231–243. doi:10.1037/a0025957.
- Kemmis, S. and McTaggart, R. (2005). “Participatory action research: communicative action and the public sphere”, en Denzin, N.K. and Lincoln, Y.S. (eds.) *The Sage Handbook of Qualitative Research*. 3rd edn. Thousand Oaks: Sage, 559–603.
- Knight, J.R., Sherritt, L., Shrier, L.A., Harris, S.K. and Chang, G. (2002). “Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients”. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156(6), 607–614. doi:10.1001/archpedi.156.6.607.
- Krmpotic, C.S. and Barrón, E.V. (2021). “Asistencia on-line frente al riesgo de suicidio juvenil en Argentina: alcances y retos urgentes”. *Aiken. Revista de Ciencias Sociales y de la Salud*, 1(1), 22–30.
- Kutcher, S., Wei, Y. and Coniglio, C. (2016). “Mental health literacy: past, present, and future”. *Canadian Journal of Psychiatry*, 61(3), 154–158. doi:10.1177/0706743715616609.
- Luxton, D.D., McCann, R.A., Bush, N.E., Mishkind, M.C. and Reger, G.M. (2011). “mHealth for mental health: integrating smartphone

- technology in behavioral healthcare". *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(6), 505–512. doi:10.1037/a0024485.
- Marmot, M. (2010). *Fair society, healthy lives: The Marmot review*. London: The Marmot Review.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2019). *Evidence standards framework for digital health technologies*. London: NICE.
- National Institute of Mental Health (NIMH). (2018). *Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) Toolkit*. Bethesda, MD: National Institutes of Health. Available at: <https://www.nimh.nih.gov/research/research-conducted-at-nimh/asq-toolkit-materials>
- NHS England. (2021). *Digitally enabled triage: Key definitions and principles*. London: NHS. Available at: <https://www.england.nhs.uk/long-read/digitally-enabled-triage/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). *Mental Health of Adolescents*. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>.
- Radovic, A., Gmelin, T., Stein, B.D. and Miller, E. (2016). "Adolescents' perspectives on using technology for health: A qualitative study". *Journal of Adolescent Health*, 59(3), 250–256. doi:10.1016/j.jadohealth.2016.04.013.
- Richardson, L.P., McCauley, E., Grossman, D.C., McCarty, C.A., Richards, J., Russo, J., Rockhill, C. y Katon, W. (2010). "Evaluation of the PHQ-9 for detecting major depression among adolescents". *Pediatrics*, 126(6), 1117–1123. doi:10.1542/peds.2010-0852.
- Rockwell, E. and Mercado, R.G. (2003). *La escuela cotidiana: ensayos etnográficos sobre culturas escolares*. México DF: Fondo de Cultura Económica.
- Rodulfo, R. (2008). *El niño y el significante: clínica psicoanalítica con niños*. Buenos Aires: Paidós.
- Santos, B. de S. (2009). *Sociología jurídica crítica: para un nuevo sentido común del derecho*. Bogotá: ILSA/Siglo del Hombre.
- Scriven, M. (1967). "The methodology of evaluation", en Tyler, R.W., Gagné, R.M. and Scriven, M. (eds.) *Perspectives of curriculum evaluation*. Chicago: Rand McNally, 39–83.
- Segato, R. (2013). *La crítica de la colonialidad en ocho ensayos*. Buenos Aires: Prometeo.
- Spitzer, R.L., Kroenke, K., Williams, J.B.W. and Löwe, B. (2006). "A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7". *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. doi:10.1001/archinte.166.10.1092
- Tisseron, S. (2010). *Los riesgos de las pantallas digitales en niños y adolescentes*. Buenos Aires: Noveduc.
- Tronto, J.C. (1993). *Moral boundaries: a political argument for an ethic of care*. New York: Routledge.
- UNICEF. (2021). *Estado Mundial de la Infancia 2021: en mi mente. Promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia*. Available at: <https://www.unicef.org/es/informes/estado-mundial-de-la-infancia-2021>
- Weare, K. y Nind, M. (2011). "Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say?". *Health Promotion International*, 26(suppl 1), i29–i69. doi:10.1093/heapro/dar075